UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.ORG 3-15	Wydanie 1/2025-06-30
Tytuł: **POBRANIE OPŁATY ZA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**		

.....
Jednostka organizacyjna

.....
Imię i nazwisko *Data*

lp	Rodzaj badania wg. Cennika	
1		
2		
3		
4		
5		
		Suma:

.....
pieczęć i podpis osoby kierującej na badania

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.ORG 3-15	Wydanie 1/2025-06-30
Tytuł: **POBRANIE OPŁATY ZA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**		

.....
Jednostka organizacyjna

.....
Imię i nazwisko *Data*

lp	Rodzaj badania wg. Cennika	
1		
2		
3		
4		
5		
		Suma:

.....
pieczęć i podpis osoby kierującej na badania